

Honorar- und Abschlagszahlungen

Gemäß Festlegungen in der KV Sachsen erhalten niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten (andere Leistungserbringer nach Einzelabsprache) Abschlagszahlungen auf Honoraransprüche spätestens am 15. Kalendertage des Folgemonats. Fällt dieser auf ein Wochenende oder einen Feiertag, wird der Zahlungstermin vorverlegt.

Die Restzahlung bzw. die Honorarzahlung für das jeweilige Abrechnungsquartal erfolgt am Ende des 4. Monats nach Quartalsende.

Termine der Abschlags- und Restzahlungen 2019

Abschlagszahlung		Restzahlung	
Dezember 2018	15.01.2019	Quartal III/2018	25.01.2019
Januar 2019	15.02.2019	Quartal IV/2018	25.04.2019
Februar 2019	15.03.2019		
März 2019	15.04.2019		
April 2019	15.05.2019	Quartal I/2019	25.07.2019
Mai 2019	14.06.2019		
Juni 2019	15.07.2019		
Juli 2019	15.08.2019	Quartal II/2019	25.10.2019
August 2019	13.09.2019		
September 2019	15.10.2019		
Oktober 2019	15.11.2019	Quartal III/2019	24.01.2020
November 2019	13.12.2019		
Dezember 2019	15.01.2020		

Bei den angegebenen Terminen handelt es sich jeweils um den spätesten Wertstellungstermin zu Lasten der Bankkonten der KV Sachsen. Die Gutschriften auf Ihren Bankkonten sind abhängig von der Banklaufzeit, die in der Regel einen Arbeitstag beträgt.

Die Neuberechnung der Abschlagszahlungen für 2019 erfolgt Ende Januar 2019, die erstmalige Zahlung für Januar 2019 am 15. Februar 2019.

Werden der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle besondere Umstände bekannt (z.B. wesentliche Veränderungen der

Honorarentwicklung des Vertragsarztes gegenüber dem letzten Geschäftsjahr), kann die KVS-Bezirksgeschäftsstelle die ermittelte Abschlagszahlung erhöhen, vermindern bzw. die Zahlung aussetzen oder einstellen.

Informationen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Honorar
> Honorar- und Abschlagszahlung

– Buchhaltung/hei –

Vorabprüfung der Quartalsabrechnung für IV/2018

Seit Einführung der „Vorabprüfung der Quartalsabrechnung“ hat sich die Zahl der Nutzer stetig erhöht und liegt jetzt bei fast 50 Prozent. Dies ist für uns ein Zeichen, dass die Vorabprüfung ein wichtiges Instrument zur Prüfung Ihrer Abrechnung ist. Aus diesem Grund sind wir bestrebt, dieses Angebot ständig zu verbessern, wozu auch Ihr Feedback eine wichtige Rolle spielt.

Wir möchten uns auf diesem Weg bedanken und Sie bitten, weiterhin Anregungen und Hinweise zur Nutzung der Vorabprüfung mitzuteilen. Dies können Sie uns sowohl über den entsprechenden Link nach Ausführung der Vorabprüfung als auch später bei der Einreichung Ihrer Quartalsabrechnung bequem mitteilen. Das Feedback ist grundsätzlich anonym. Sofern Sie Ihre Kontaktdaten angeben, hätten wir die Möglichkeit, mit Ihnen in Verbindung zu treten.

Die Möglichkeit der Durchführung der Vorabprüfung besteht für das vierte Quartal 2018 **bis zum 15. Januar 2019**, solange die Abrechnung von Ihnen noch nicht eingereicht wurde. Es wird nur die letztendlich verbindlich zur Bearbeitung eingereichte Abrechnung im System gespeichert. Aufgrund der intensiven Nutzung gerade am Ende des Quartals kam es zuletzt immer wieder zu Wartezeiten bei der Vorabprüfung. An deren Verringerung arbeitet die KV Sachsen intensiv.

Wir möchten Sie in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass die Vorabprüfung bereits ca. eine Woche vor Quartalsende sowie in den ersten zwei Wochen des neuen Quartals zur Verfügung steht und durchgeführt werden kann. Bei hoher Auslastung (es öffnet sich die Auslastungsanzeige) haben Sie zudem die Möglichkeit, Ihre Abrechnungsdatei im Mitgliederportal hochzuladen und über Nacht laufen zu lassen. Die Bearbeitung läuft dabei **unabhängig** von einer Anmeldung an der Anwendung.

Sobald diese abgeschlossen ist, können die Ergebnisse wie gewohnt abgerufen werden.

Des Weiteren haben Sie die Möglichkeit, über den **Mitarbeiterzugang** die Vorabprüfung der Quartalsabrechnung an das Praxispersonal zu delegieren. Dazu kann der Praxisinhaber das entsprechende Recht an Mitarbeiter vergeben. Die Freischaltung der Funktion kann direkt im Mitgliederportal mit einigen wenigen Klicks erfolgen. Dazu rufen Sie auf der Startseite des Mitgliederportals den Link „Mitarbeiterzugang“ am linken Bildrand auf. Nun können Sie „Mitarbeiter hinzufügen“ sowie vorhandene Nutzer verwalten.

Nähere Informationen zur Vorabprüfung der Quartalsabrechnung finden Sie in den Bedienungshinweisen. Außerdem steht Ihnen zusätzlich ein FAQ-Katalog zur Verfügung, in dem die KV Sachsen Antworten auf häufig gestellte Fragen auflistet.

Für das vierte Quartal 2018 ist die **Freigabe der Vorabprüfung der Quartalsabrechnung voraussichtlich** ab dem **21. Dezember 2018** geplant.

Bedienungshinweise und FAQ-Katalog

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Abrechnung
> Vorabprüfung der Quartalsabrechnung
> rechter Bildrand

– Abrechnung/eng-fie –

Vor der **Quartalsabrechnung**
Vorabprüfung nutzen!

Änderung der Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversichertenkarte

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind und während ihres Aufenthalts in Deutschland erkranken, bestehen je nach Herkunftsland bzw. Aufenthaltszweck des jeweiligen Patienten unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten.

Unterschieden wird dabei grundsätzlich zwischen Patienten aus den Staaten des europäischen Wirtschaftsraums und der Schweiz (europäische Krankenversicherungskarte), Patienten aus Staaten mit bilateralem Abkommen über Soziale Sicherheit (Nationaler Anspruchsnachweis) und Patienten, die keinen beziehungsweise nicht den richtigen Anspruchsnachweis vorlegen (Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte).

Auf der Internetpräsenz der KV Sachsen ist eine Übersicht hinterlegt, die den Ablauf der Behandlung von Patienten unter Vorlage der europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) bzw. einer Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) in Kurzform darstellt.

Zum 1. Oktober 2018 wurde die Anlage 20 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zur Anwendung der europäischen Krankenversichertenkarte angepasst. Neben redaktionellen Änderungen sind die nachfolgend aufgeführten Anpassungen erfolgt.

Kopie der europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC) im fahrenden Notdienst

In der Anlage 20 BMV-Ä wurde eine Ausnahmeregelung für den Fall aufgenommen, wenn im fahrenden Notdienst keine unmittelbare Kopiermöglichkeit der EHIC zur Dokumentation des Behandlungsanspruches zur Verfügung steht.

Ab 1. Oktober 2018 ist es in diesem Fall möglich, die Daten der EHIC oder der Provisorische Ersatzbescheinigung manuell per Hand zu erfassen. Zur manuellen Erfassung der Daten können Vertragsärzte im fahrenden Notdienst auch eine Vorlage (nachfolgende ► **Abbildung 1**) verwenden, die auf der Seite der KBV abgerufen werden kann. Wichtig ist, dass die erfassten Daten mit dem Original der beiden genannten Dokumente übereinstimmen.

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Das Formular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ (Anlage 2 zur Anlage 20 BMV-Ä) kommt bei Patienten aus EU-/EWR-Staaten und der Schweiz zum Einsatz.

Dieses Formular enthält **neu** die Zeile „Name des behandelnden Arztes“ (nachfolgende ► **Abbildung 2**). Damit soll die eindeutige Zuordnung der Patientenerklärung zur Kopie der EHIC bei den Krankenkassen ermöglicht werden. Das Formular ist in 13 Sprachen in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt.

Nationaler Anspruchsnachweis (neue Anlage 3)

Bislang wird der von der Krankenkasse genehmigte Leistungsumfang für Patienten nach Abkommensrecht beziehungsweise für Patienten nach EG-Recht, die für eine Behandlung nach Deutschland eingereist sind, auf dem Abrechnungsschein (Muster 5 Anlage 2/2a BMV-Ä) dokumentiert.

Um eine bundeseinheitliche und übersichtliche Dokumentation zu erreichen, gibt es **seit dem 1. Oktober 2018 ein gesondertes Formular** „Nationaler Anspruchsnachweis“ (nachfolgende ► **Abbildung 3**) für die Krankenkassen. Die Formularvorgaben für den Anspruchsnachweis werden in der neuen Anlage 3 zur Anlage 20 BMV-Ä abgebildet.

Informationen

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland

www.dvka.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung

www.kbv.de > Service > Service für die Praxis
> Abrechnung > Honorar (Vorlage für den fahrenden Notdienst)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

www.kvsachsen.de > Mitglieder > Abrechnung
> Sonstige Kostenträger/Auslandskrankenversicherte

Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten

Nur zu verwenden von Vertragsärzten im fahrenden Notdienst bei ambulanter Behandlung vor Ort, wenn EHIC oder PEB nicht kopiert bzw. in anderer geeigneter Weise erfasst werden können.

Der Behandlungsanspruch wurde nachgewiesen durch

- Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)
- Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)

Staat der EHIC/PEB ausstellt (Länderkennzeichen befindet sich im Europäischen Emblem)

--	--

Patient (die Ziffern beziehen sich auf die Datenfelder der EHIC bzw. der PEB)

3. Name

Verwendung der Vorlage nur im fahrenden Notdienst, wenn keine Kopiermöglichkeit zur Verfügung steht!

Abbildung 1: Ausschnitt der Vorlage für fahrenden Notdienst

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung Patient's Declaration European Health Insurance

Englisch

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.

on the part of the person insured in another EU or EEA country, or in Switzerland, submitting a European Health Insurance Card (EHIC) or a Provisional Replacement Certificate (PRC).

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen. Please complete legibly and in full.

Ich beabsichtige, mich bis zum [] in Deutschland aufzuhalten.
I intend to stay in Germany until []

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.
I herewith confirm that I did not enter Germany for the purpose of treatment.

Gewählte ausführende deutsche Krankenkasse
Selected assisting German health insurance fund

Name des behandelnden Arztes Treating physician's name

Neues Eintragungsfeld!

Name, Vorname des Patienten
Surname and forename of the patient

Geschlecht
Sex

Abbildung 2: Ausschnitt Patientenerklärung Europäische Krankenversicherungskarte

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Nationaler Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben

Anlage 3

Vertragsärztliche Leistungen können im Zeitraum

vom [] bis [] in Anspruch genommen werden.

Staat, in dem die Versicherung besteht _____

Leistungsumfang in Deutschland (Zutreffendes ist angekreuzt, Mehrfachnennung möglich.)

Überweisung: Eine unmittelbare Überweisung zu einem anderen Arzt ist nicht zulässig. Besteht die Notwendigkeit einer Mit-/Weiterbehandlung durch einen anderen Arzt, bescheinigen Sie dies bitte auf einem Rezept (Muster 16). Der Patient bekommt damit bei Bedarf von der Krankenkasse einen weiteren Nationalen Anspruchsnachweis ausgestellt.

Abbildung 3: Ausschnitt Nationaler Anspruchsnachweis

– Abrechnung/silb –

Abrechnung kleinchirurgischer Eingriffe und/oder primäre Wundversorgung

Zur Abrechnung der kleinchirurgischen Eingriffe und/oder der primären Wundversorgung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 02300 bis 02302 bestehen vielfach Unklarheiten, weshalb wir im Folgenden nochmals darauf eingehen möchten.

Der jeweilige kleinchirurgische Eingriff ist mit einem entsprechenden ICD-10-Kode zu begründen. Stützverbände nach Prellungen oder Verstauchungen z.B. entsprechen nicht der Leistungslegende.

Laut Leistungslegende beinhalten die GOP 02300 bis GOP 02302 unter anderem jeweils die Primärversorgung einer Wunde, die nur zum einmaligen Ansatz der Leistung je Wunde berechtigt. Hierbei unterscheiden sich die Leistungen noch hinsichtlich der Wundversorgung.

Die primäre Versorgung von oberflächlichen Verletzungen ohne Naht, z.B. bei Schürfwunden, Brandwunden bzw. Epistaxis, ist bei Jugendlichen und Erwachsenen mit der GOP 02300 (Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation) berechnungsfähig

und nicht mit der GOP 02302 (Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern).

Die weitere Behandlung von bereits primär versorgten Wunden (Verbandswechsel, Faden- bzw. Tamponadeentfernung) ist mit dem Ansatz der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgegolten.

Ebenso ist die Wundkontrolle nach Operationen nicht gesondert berechnungsfähig. Analog gilt das für die Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen.

Informationen

www.kbv.de > Service > Rechtsquellen > EBM

– Abrechnung/eng-silb –